



FORMULARIO DE QUEJAS DE LOS TRABAJADORES

En este formulario puede presentar su queja ante esta oficina en relación con su trabajo en un proyecto financiado por el NYC/Departamento de Conservación y Desarrollo de la Vivienda. Utilice un formulario por proyecto.

Luego de que lo haya firmado, fechado y entregado, este formulario se evaluará y, si es apropiado, se le asignará a un investigador. Es posible que lo contacten para que suministre información adicional.

Puede presentar este formulario en persona, por correo electrónico o por correo a:

HPD/Labor Monitoring Unit

100 Gold Street, 4-P

New York, New York 10038

Correo electrónico: HPDLMU@HPD.NYC.GOV

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DE LA QUEJA

Su nombre: _____ SSN#: _____

Dirección de domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: (____) _____ Correo electrónico: _____

Si necesita un intérprete, indique el idioma: _____

SECCIÓN 2 – INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Nombre del empleador: _____

Dirección del empleador: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de la empresa: (____) _____

Nombre del propietario (si se conoce) _____

Nombre del supervisor: _____

¿Aún trabaja para este empleador? Sí No Idioma que hablan los empleados _____

SECCIÓN 3 – INFORMACIÓN DEL PROYECTO

Dirección(es) de la sede:

Contratista general (si se conoce): _____

SECCIÓN 4: HORAS LABORALES Y SALARIOS

Fecha inicial en la sede: _____ Última fecha en la sede: _____

Días de trabajo:

¿Lunes a viernes? : Sí No

¿Sábados?: Sí No

¿Domingos?: Sí No

Horario laboral normal:

Hora de inicio: _____ am pm Hora de salida: _____ am pm Duración del almuerzo: _____ minutos

Horario laboral los fines de semana:

Hora de inicio: _____ am pm Hora de salida: _____ am pm ¿Cuáles días?: _____

Si trabajó en diferentes horarios y días, descríbalos a continuación:

¿Cuál era su cargo?: _____

¿Era aprendiz? Sí No

¿Pasante?: Sí No

Describa su trabajo: _____

Quién le pagaba a los empleados: _____

¿Qué días le pagaban? _____ ¿Le entregaron recibos de pago? Sí No

¿Con qué frecuencia le pagaban?

¿A diario? Sí No

¿Semanalmente? Yes No

¿Quincenalmente? Sí No

¿Le pagaban por hora? Sí No Si es así, ¿cuánto? \$ _____

¿Le pagaban por día? Sí No Si es así, ¿cuánto? \$ _____

¿Le pagaban por semana? Sí No Si es así, ¿cuánto? \$ _____

¿Le pagaban a destajo? Sí No

Si es así, ¿cuánto le pagaban por unidad / cuántas unidades diarias?: \$ _____ / _____

¿Cómo le pagaban? ¿Con cheque?: ¿En efectivo?: ¿Con cheque y en efectivo?:

¿Las prestaciones complementarias las pagaba el contratista en su nombre? Sí No Si es así, ¿cuánto? \$ _____

¿Le solicitaban a diario registrar su entrada? Sí No ¿Le solicitaban a diario registrar su salida? Sí No

SECCIÓN 5 – FUNDAMENTO DE LA QUEJA

Marque la descripción de su queja:

<input type="checkbox"/>	Le pagaban menos que el salario mínimo	<input type="checkbox"/>	Su empleador no llevaba los registros de tiempo diario
<input type="checkbox"/>	Le pagaban menos que el salario del mercado	<input type="checkbox"/>	Trabajaba en condiciones inseguras
<input type="checkbox"/>	No le pagaron las horas extraordinarias	<input type="checkbox"/>	Le pedían que devolviera el salario al empleador o supervisor
<input type="checkbox"/>	No le pagaban por el trabajo que hacía (clasificación incorrecta)	<input type="checkbox"/>	Le pedían que canjeara el cheque y devolviera el efectivo al empleador o supervisor
<input type="checkbox"/>	No le pagaban todas las horas laboradas	<input type="checkbox"/>	Le pedían que no canjeara el cheque sino hasta después
<input type="checkbox"/>	Le pagaban con cheque o efectivo pero sin un extracto detallado	<input type="checkbox"/>	No tenía un período de almuerzo de 30 minutos al final de la 5ª hora de trabajo
<input type="checkbox"/>	No le pagaban completamente	<input type="checkbox"/>	No le pagaban los tiempos de descanso
<input type="checkbox"/>	Le descontaban dinero del salario (no destinado a impuestos)	<input type="checkbox"/>	Otros

Describa su queja en mayor detalle aquí:

¿Cuántos empleados más se vieron afectados por los atropellos que describió anteriormente?: _____

Nombre a los demás empleados que se vieron afectados por este atropello:

A mi leal saber y entender, la información que he proporcionado es auténtica y verdadera.

(Firma)

(Fecha)

Prepárese para presentar constancias que sustenten su queja, como cheques, recibos de pago, registro personal de días y horas laborados o sobres de pago.